

Para: FAMILIAS de PRIMARIA y 1º y 2º de ESO

Fecha: 18 de enero de 2018

Programa de SALUD BUCODENTAL de la JCYL

Estimadas familias,

Como en años anteriores, la JCYL, dentro de su PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL, se dispone a asistir al centro para realizar la revisión dental del alumnado de 1º de EP hasta 2º de ESO que lo desee.

Agradecemos nos devolváis cumplimentada la siguiente hoja a la mayor brevedad posible.

Un saludo

La Dirección

----- (Cortar y devolver cumplimentado) -----

D./D^a _____, padre/madre del alumno/a;

_____ de (marcar X donde corresponda),

PRIMARIA						ESO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º

estoy informado/a de la revisión bucodental que realizarán los especialistas de la JCYL en el Colegio, siendo necesaria la comunicación, con carácter previo a la revisión, de los datos del alumno/a a dichos especialistas.

SI AUTORIZO	NO AUTORIZO
-------------	-------------

Firma

Para: FAMILIAS de PRIMARIA y 1º y 2º de ESO

Fecha: 18 de enero de 2018

Programa de SALUD BUCODENTAL de la JCYL

Estimadas familias,

Como en años anteriores, la JCYL, dentro de su PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL, se dispone a asistir al centro para realizar la revisión dental del alumnado de 1º de EP hasta 2º de ESO que lo desee.

Agradecemos nos devolváis cumplimentada la siguiente hoja a la mayor brevedad posible.

Un saludo

La Dirección

----- (Cortar y devolver cumplimentado) -----

D./D^a _____, padre/madre del alumno/a;

_____ de (marcar X donde corresponda),

PRIMARIA						ESO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º

estoy informado/a de la revisión bucodental que realizarán los especialistas de la JCYL en el Colegio, siendo necesaria la comunicación, con carácter previo a la revisión, de los datos del alumno/a a dichos especialistas.

SI AUTORIZO	NO AUTORIZO
-------------	-------------

Firma